Lane Medical Library

Beitrag zur Lehre von der Placenta praevia.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Hermann Lessing
aus Stralsund.

Tag der Promotion: 30. April 1913.

Emil Ebering, Berlin NW., Mittelstr. 39.

1913

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Bumm.**

Meiner Mutter

Auf dem letzten internationalen Gynäkologen-Kongreß in Berlin war ein Hauptthema die Behandlung der Placenta praevia. Es zeigte sich dabei ein gewisser Gegensatz zwischen der französischen und deutschen Schule. Die Behandlung der Placenta praevia ist bei den deutschen Geburtshelfern eine etwas aktivere und chirurgischere, während die Franzosen die älteren Methoden bevorzugen. Als Vertreter der Franzosen sprach Couvelaire-Paris, er faßte seine Grundsätze zum Schluß zusammen zu folgenden Worten: „Im allgemeinen befolgen die französischen Accoucheure bei obstetrischen Blutungen die nicht chirurgische Art der Hämostase. Sie beschränken sich darauf, die chirurgische Methode nur bei solchen Fällen anzuwenden, bei denen die üblichen geburtshilflichen Eingriffe versagen oder gefährlich sind. Zweifellos ergeben die chirurgischen Eingriffe oft schnelle und leicht errungene Resultate. Aber das Resultat dieser Erfolge, abgesehen davon, daß dasselbe nicht beständig ist, bedeutet eine definitive Verstümmelung oder eine Verminderung der Geburtsfähigkeit der Patientin. Diejenigen wenigen Fälle ausgenommen, bei denen eine chirurgische Behandlung vorzuziehen ist, muß man zugeben, daß die Verbesserung der therapeutischen Resultate weniger der unbegründeten Ausdehnung der chirurgischen Methode als dem ärztlichen Beistande schwangerer Frauen und der Vervollkommnung der geburtshilflichen Erziehung der Aerzte und Accoucheure zu verdanken ist.“

J u n g stellte folgende Sätze auf: Ist bei Placenta praevia partialis das Kind nicht lebensfähig oder schon tot, so empfehle ich Wendung und Abwarten der Spontangeburt.

Bei lebendem Kind wende ich die Metreuryse mit nachfolgender Wendung und Extraktion an. Der Metreurynter wird stets in die Eihöhle gelegt. Bei Placenta praevia totalis entbinde ich durch Colpohysterotomia anterior mit Wendung und Extraktion.

Der Kaiserschnitt kommt nur für die Komplikation von Placenta praevia und engem Becken II. und III. Grades in Betracht, wenn sie rein sind. Die Verfahren nach Bossi und Bonnaire sollen, trotz der günstigen Berichte namentlich italienischer Geburtshelfer, bei Placenta praevia nicht angewendet werden wegen der großen Risse- und Blutungsgefahr.

Parker Devis-Philadelphia empfiehlt den Kaiserschnitt bei Placenta praevia centralis, und zwar für reine Fälle den klassischen, sonst operiert er nach Porro.

Recasens-Madrid befürwortet bei zentralem Sitz den klassischen Kaiserschnitt, den vaginalen will er nur in Ausnahmefällen angewendet wissen, wenn die Placenta am Rande sitzt und man genau den Sitz bestimmen kann.

Zweifel ist heute kein Gegner der Sectio caesarea, er will sie aber auch nur angewandt haben bei Placenta praevia totalis, bei engem Muttermund und sehr starker Blutung.

Pankow ist ein absoluter Anhänger des Kaiserschnitts und zwar des abdominellen.

Fehling empfiehlt bei Placenta praevia centralis den Corpuskaiserschnitt, für die Praxis aber nur die Wendung nach Braxton-Hicks, die er für leichter als die Metreuryse hält.

Sellheim zieht den extraperitonealen Kaiserschnitt dem klassischen vor, weil er es für chirurgischer hält, die Blutungsquelle selbst aufzusuchen.

Dührssen empfiehlt den vaginalen Kaiserschnitt auf einen eingeführten Metreurynter und will diese Methode sogar in die Hand der Praktiker gegeben haben.

Bokelmann-Berlin wendet sich gegen die chirurgische Aera und will mit den alten Methoden auskommen.

Wir sehen also, daß bei der Behandlung dieser Komplikation recht verschiedene Methoden bestehen und daß auch unter den deutschen Geburtshelfern noch lange keine Einigkeit besteht.

Betrachten wir nun die Methoden und die Resultate, die in Deutschland bis jetzt angewandt wurden.

Bis 1881 war das einzige Mittel, um die Blutung zu beherrschen, die Tamponade, die Resultate waren recht schlechte, denn bei dem tiefen Sitz der Placentarstelle war die Gefahr einer Einschleppung von Keimen groß. Man benutzte Watte und Jodoformgaze, wartete bis der Muttermund sich erweitert hatte und wendete dann. Aber nicht nur die Infektionsgefahr ist der Nachteil der Tamponade, auch die Blutstillung war nicht exakt möglich, da die Tamponade, selbst wenn sie sehr gut gemacht ist, doch leicht durchblutet. Heute hat man die Tamponade wohl in den meisten Fällen verlassen.

Ferner wurde der Blasensprung zum Stillen der Blutung empfohlen, er ist aber nur bei Placenta praevia partialis oder marginalis bei fast völlig erweitertem Muttermund anzuwenden, bei kräftigen Wehen und wenn der Kopf schon fast ins Becken eingetreten ist. Der Blasensprung ist aber doch für das Leben der Mutter eine gefährliche Maßregel, denn steht die Blutung nicht sofort, so geht Zeit und Blut verloren und wir müssen dann vielleicht unter schwierigeren Verhältnissen zur Wendung schreiten, als vorher, wo sie gerade in diesen Fällen die denkbar günstigsten sind.

Bossi empfahl bei Placenta praevia sein Instrument. Da aber das Gewebe bei Placenta praevia besonders weich und aufgelockert ist, so wird die Gefahr der Cervixrisse, die ohnehin beim Bossi schon groß ist, in der Hand des Praktikers gewaltig wachsen. Die meisten Autoren verwerfen daher auch seine Anwendung, so Leopold, der einen Fall

beschreibt, und Bardeleben, der eine sehr schlimme Blutung bekam, so daß er das Instrument abnehmen und die kombinierte Wendung machen mußte.

Paoli veröffentlichte 19 von Bossi selbst behandelte Fälle, bei denen keine Cervixrisse vorgekommen sind, berichtet aber doch, daß eine II-para im 8. Monat der Gravidität sich gleich im Anschluß an die Geburt verblutete.

1860 gab Braxton Hicks seine Wendung an, sie ist wohl heute diejenige Operation, die am meisten bei dieser Komplikation geübt wird.

Man soll sich nicht verführen lassen, nach der Wendung zu extrahieren, denn es entstehen sehr leicht tiefe Cervixrisse, aus denen die ohnehin schon durch den Blutverlust geschwächten Frauen sich leicht verbluten. Eine große Zahl der Todesfälle bei Placenta praevia ist wohl auf diesen Fehler zurückzuführen. Selbstverständlich verschlechtert das Abwarten die Prognose für das kindliche Leben, aber es ist doch wichtiger, das Leben einer Mutter zu erhalten, als das von vielen Kindern, besonders, da die Kinder meist nicht völlig ausgetragen sind, und die Mütter Mehrgebärende, die notwendig ihren andern Kindern erhalten werden müssen. Welch trauriges Resultat ist es schließlich, eine tote Mutter und ein unreifes Kind zu haben. In Chrobacks Klinik wird bisweilen, nach Klein, die Extraktion an die Wendung angeschlossen, in der Absicht ein lebendes Kind zu erhalten oder wegen schlechten Befindens der Mutter. Er hat aber dabei eine mütterliche Mortalität von 9,4 %, eine kindliche von 52,4 %. Wir sehen, daß das Befinden der Mutter sich dabei nicht gerade gebessert hat.

1892 empfahl Dührssen den Metreurynter. Die Methode besteht darin, daß ein Ballon durch die Eihäute in den Uterus gelegt wird, indem man sich die Portio mit Spiegeln einstellt, anhakt, und einen zusammengefalteten Ballon durch die durchbohrte Placenta resp. Eihäute führt, der Ballon wird dann mit einer aseptischen Flüssigkeit zirka 500 ccm auf-

gefüllt, an dem Schlauch kann man einen konstanten Zug von zirka 500 g befestigen. Man muß jetzt die spontane Ausstoßung des Ballons abwarten, denn erst dann sind die Weichteile genügend erweitert, um die Geburt sofort durch die Wendung zu beendigen. Die Mortalität der Kinder wird gebessert, so verlor Hannes 5,5 % der Mütter und 30 % der Kinder. Der Nachteil der Metreuryse ist der zweimalige Eingriff, durch den leichter eine Infektion herbeigeführt werden kann und die Frauen einem zweimaligen Blutverlust ausgesetzt werden. Sigwart sagt: „Ich will nicht von der Hand weisen, daß durch die Metreuryse manches Kind gerettet werden kann, das bei der Wendung vielleicht zugrunde gehen würde, das zeigen auch die schönen Resultate, welche Thies aus seiner Tätigkeit in der Poliklinik der Charité zu verzeichnen hat (14 % kindliche Mortalität).

Aber ich wiederhole noch einmal, daß ich die Technik der Metreuryse für schwieriger, für nicht so blutsparend und, was die Asepsis anlangt, in der Praxis für nicht so sicher halte, wie die Wendung. Durch die Einführung des Momburgschen Schlauches in die Geburtshilfe wurde ein weiterer Schritt zur Rettung der Mütter getan. Er wurde bei uns in 4 Fällen angewandt, 3 mal mit gutem Erfolg, besonders der Fall 684 ist beweisend, wo die Blutung nach Anlegung des Schlauches, trotz der Cervixruptur sofort stand, so daß die Frau in die Klinik geschafft wurde, worauf sie genas. In Fall 1111 ist der Schlauch wohl zu spät angelegt worden, denn die Frau hat nach Anlegung nur noch wenig Tropfen Blut verloren. Es wird sich also empfehlen bei jeder anämischen Frau den Schlauch so früh wie möglich anzulegen, um jeden Tropfen Blut zu sparen.

1902 empfahl Bumm den vaginalen Kaiserschnitt bei Placenta praevia; ihm folgten Döderlein, Kroenig und Henkel. Nach anfänglich guten Erfolgen zeigten sich bald Schwierigkeiten, die durch das morsche Gewebe hervorgerufen wurden, in dem keine Nadel hielt und in dem alle Zangen ausrissen,

besonders schwierig war die Operation, wenn die Placenta vorn saß. Kroenig veröffentlicht zwei Verblutungstode, in der Charité ereignete sich ein Todesfall. Bumm ist in der Hauptsache wieder zur Wendung nach Braxton Hicks und zur Metreuryse zurückgekehrt.

Henkel empfiehlt weiter den vaginalen Kaiserschnitt für Placenta praevia centralis mit Perforation des Kindes, weil er diese Komplikation für die Mutter für besonders gefährlich hält. Nach der Statistik von Sigwart und nach der meinigen können wir diesen Grund nicht anerkennen, denn wir haben unter unsern Todesfällen keine einzige Placenta praevia centralis. 1910 führte Bumm wieder zwei vaginale Kaiserschnitte aus[1], indem er vorher den Momburgschen Schlauch umlegte und ihn sofort nach der Extraktion des Kindes in mehreren Touren um die Taille legen ließ. Gleichzeitig wurden beide Beine nach dem Vorschlag von A. Bauer[2] mit einem Esmarchschen Schlauch abgeschnürt, sie bildeten so ein Blutreservoir, aus dem das Blut dem Körper nach der Blutstillung wieder zugeführt werden konnte, der Erfolg zeigte sich in einer mächtigen Hebung des Pulses. Das Resultat der Blutstillung war ein ausgezeichnetes, die Frauen verloren nach Anlegung des Schlauchs kaum noch einen Tropfen Blut, der Uterus kontrahierte sich gut. Man könnte diese Methode vielleicht öfter in der Klinik anwenden. Aber die Placenta praevia ist eine Komplikation, die nur selten in die Klinik geliefert werden kann, und die der praktische Arzt gewöhnlich selbst behandeln muß.

Kroenig[3] und Sellheim[4] empfahlen 1908 den Kaiserschnitt zur Behandlung der Placenta praevia. Sellheim führt den suprasymphysären Kaiserschnitt aus, Kroenig dagegen

---

1. Sigwart, Zentralblatt f. Gyn. 1910 Nr. 28.
2. A. Bauer, Zentralblatt f. Gyn. 1910 Nr. 2.
3. Kroenig, Zentralblatt f. Gyn. 1908 Nr. 46.
4. Sellheim, Zentralblatt f. Gyn. 1908.

den klassischen. Beide gehn von dem Gedanken aus, auf diese Weise am schnellsten an die blutende Stelle gelangen zu können und die Blutung unter Leitung des Auges zu stillen. Voraussetzung ist, daß der Fall aseptisch ist und daß das Kind lebt. Sie haben bei ihren 20 Fällen vorläufig eine mütterliche und kindliche Mortalität von 0 %. Dieses günstige Resultat würde sich aber sehr bald ändern, wenn diese Methode weitere Verbreitung fände, wenn dann die Fälle weniger gut ausgewählt würden und weniger geübte Operateure den Eingriff ausführen würden. Schule und Praxis dürfen nicht getrennt werden und die Klinik muß dem angehenden Arzt Methoden lehren, die er in der Praixs verwerten kann. A. Martin und Pfannenstiel haben dann auch energisch gegen Kroenig und Sellheim Front gemacht.

Im folgenden möchte ich näher auf eine fortlaufende Serie von 82 Fällen eingehen, die aus der geburtshilflichen Poliklinik der Kgl. Universitätsfrauenklinik in einem Zeitraum von 2 Jahren stammen.

Ernstere Infektionen sind nicht vorgekommen. Eine Kontrolle leichterer Temperatursteigerungen war in der Poliklinik nicht möglich. Die Morbidität konnte ich daher nicht mit Zahlen belegen, auch konnte die weitere Entwicklung der Kinder nicht verfolgt werden.

Es waren 47 Schädellagen, 27 Querlagen, 5 Steißlagen, 2 Schräglagen, 1 Fußlage.

Das häufige Vorkommen von Querlagen erklärt sich einerseits durch die vorliegende Nachgeburt, andrerseits durch die große Zahl der Mehrgebärenden, deren Uteruswände und Bauchdecken durch die voraufgegangenen Geburten erschlafft sind. Es waren:

7	I-Gebärende	
19	II	„
11	III	„
11	IV	„

7	V-Gebärende	
6	VI	„
3	VII	„
6	VIII	„
6	IX	„
1	X	„
2	XII	„
1	XIII	„
1	XIV	„
1	XVII	„

Die Geburt erfolgte im:

6.	Monat	der	Schwangerschaft	5 mal
7.	„	„	„	8 „
8.	„	„	„	14 „
9.	„	„	„	29 „
10.	„	„	„	26 „

Der Sitz der Placenta war:

zentral	28 mal
lateral	39 „
marginal	15 „

Davon lebten cent. 7, lat. 20, marg. 8.
Davon tot zent. 21, lat. 19, marg. 7.

Die Wendung wurde 41 mal nach Braxton Hicks gemacht mit 31 toten und 9 lebenden Kindern, die Metreuryse 10 mal mit 6 lebenden und 4 toten, die Wendung 23 mal mit 17 lebenden und 6 toten, Herabholen eines Fußes 4 mal mit einem lebenden und 3 toten, die Spontangeburt 2 mal mit 2 toten, die Sprengung der Blase 2 mal mit 2 lebenden Kindern.

Ungünstig für die Statistik ist, daß die Operation meist von Studenten und Volontären ausgeführt wurde, das Prinzip ist, praktische Aerzte auszubilden und für diese ist die Wendung sicher einfacher als die Ballonbehandlung.

Die Wendung Braxton Hicks hat für das Leben der Kinder die schlechtesten Resultate ergeben, man darf aber nicht vergessen, daß dies gerade die schwierigsten Fälle waren und daß das Hauptprinzip war, das Leben der Mutter zu schonen. Im ganzen 35 lebende Kinder gleich 42,7 %, die Zahl ist nicht schlechter als die der meisten anderen Autoren, Hannes hat bei der Metreuryse 70 % der Kinder das Leben gerettet, hat aber eine mütterliche Mortalität von 5,5 %.

Wir haben einen mütterlichen Todesfall = 1,2 % mütterliche Mortalität. Im Vergleiche zu anderen Statistiken ist das Resultat sehr günstig.

Münch. Poliklinik	8,75 %
Münch. Frauenklinik	13,9 %
Thies (Charité)	4,7 %
Novak (Wiener Frauenklinik)	5,9 %
v. Herf (Frauenklinik Basel)	7,5 %
Neitzsch (Frauenklinik Erlangen)	7,7 %
Hammer (Frauenklinik Würzburg)	7,5 %
Klein (Wiener Frauenklinik)	9,4 %
Hansel (Frauenklinik Königsberg)	9,7 %
Fießler (Frauenklinik Tübingen)	10,0 %
Freund (Frauenklinik Halle)	10,1 %
Nohel (Deutsche Klinik Prag)	14,5 %
Füth (Koblenzer Regierungsbez.)	20,0 %
Hannes (Breslauer Klinik)	5,5 %
Sigwart (Charité)	3,0 %

Ich lasse jetzt den Geburtsbericht des einen Todesfalles und eine Tabelle der anderen Fälle folgen.

In den letzten 4 Wochen ziemlich häufige Blutungen, am Vormittag 3 Stunden starke Blutung, etwa ein halbes Nachtgeschirr, im Laufe des Tages dauernd Blutung, seit 1½ Stunden wieder starke Blutung.

Status: Aeußere Untersuchung: Anämische Frau, Puls 120, aber deutlich zu fühlen, linke dorsoposteriore Schräglage.

Innere Untersuchung: Zahlreiche Blutkoagula in der Scheide, Mm. etwa fünfmarkstückgroß, Placenta praevia partialis. Während der Untersuchung starke Blutung.

Wendung nach Braxton Hicks. An das herabgeholte Bein wurde eine leere Flasche gebunden und so ein geringer Zug ausgeübt. Blutung stand, gute Wehen. Nach 25 Minuten war das große ausgetragene Kind spontan geboren. Schon bei der dritten Nachwehe folgte die Placenta auf leichten Druck von oben. 3 Spritzen Secacornin, Uterus hart, Blutung steht. $^1/_4$ Stunde post partum geringe Blutung, Uterus hart, Anlegen des Momburgschen Schlauchs. Einstellen der Portio, es ist ein Riß zu sehen und zu fühlen, es blutet langsam weiter. Tamponade des unteren Uterinsegments. Es blutete nach außen nicht mehr. Kampfer, Kochsalzinfusionen. $1^1/_2$ Stunden post partum Exitus.

Sektion: Rechts und links ein hoher Cervixriß, der nicht bis zum äußeren Muttermund reichte, mitten durch die Placentarstelle. Uterus gut kontrahiert. Schlaffes Herz.

1. Oktober bis 31. Dezember 1910.

Nr. 2427. — Fr. G., 30 J., III-p. — 9 Mon.
Kindslage, Stand der Geburt: I. Hinterhauptslage, Mm. 2 Finger durchgängig.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Metreuryse, Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 2499. — Fr. W., 37 J., III-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Metreuryse, Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Metreurynter hatte auf die Nabelschnur gedrückt.

Nr. 2584. — E. H., 26 J., V-p. — 8 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 3-markstückgroß, Nabelschnurvorfall.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 2598. — Fr. K., 35 J., IX-p. — 8—9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes, lebt, 49 cm.

Nr. 2774. — Fr. K., 35 J., IX-p. — 9—10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Metreurynter, Eindrücken d. Kopfes ins Becken.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt, 54 cm.

Nr. 2775. — Fr. H., 34 J. VI-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 3-markstückgr.
Sitz der Placenta: fast centr.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 2812. — Fr. Sch., 36 J., V-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d Geb.: Schädellage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 2814. — Fr. P., 28 J., IX-p. — 6 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 1 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H.

Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

1911.

Nr. 47. — A. H., 36 J., VII-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. handtellergroß.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Blasensprengung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 51. — Fr. W., 30 J., V-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. ?
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 80. — H. G., 30 J., II-p. — 8 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 111. — Fr. D., 36 J., XIII-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. ?
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 147. — Fr. H., 32 J., V-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Metreuryse, Wendung.
Befinden der Mutter: gut, Temp. am nächsten Tage 36,8.
Befinden des Kindes: lebt, 60 cm.
Bemerkungen: Atonie, Momburg, Uterustamponade.

Nr. 294. — Fr. K., 26 J., II-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Kolpeurynter, Metreurynter, Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt, 51 cm.

Nr. 303. — Fr. K., 34 J., IX-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Metreuryse, Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes, lebt, 49 cm.

Nr. 351. — Fr. F., 26 J., V-p. — 8 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 3-markstückgr.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 363. — Fr. Schr., 36 J., VIII-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. 1 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Kolpeurynter, Metreurynter, Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 457. — Fr. W., ?, III-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, fast vollständig.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt 47 cm.

Nr. 458. — Fr. V., 32 J., III-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schräglage, Mm. 5-markstückgr.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Metreuryse, Wendung.

Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 466. — Fr. S., 46 J., IX-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Braxton Hicks.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 654. — Fr. S., 43 J., XII-p. — 8 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. kleinhandtellergr.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 666. — Fr. G., 35 J., IV-p. — 8 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. handtellergroß.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 672. — Fr. F., 42 J., VIII-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. 1 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Kolpeurynter, 3 Finger durchg., Wend. Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 695. — Fr. Sp., 30 J., III-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Braxton Hicks.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 769. — Fr. Dr., 30 J., IV-p. — 7 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.

Therapie: Kolpeurynter, nach 2 Stunden Wendung Braxton Hicks.
Befinden der Mutter: gut, Temp. am nächsten Tage 37,7.
Befinden des Kindes: †, 34 cm.
Bemerkungen: Nach Kolpeuryse keine Wehen, Temp. 39,1.

Nr. 800. — Fr. W., 23 J., IV-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. handtellergroß, Blase gesprungen.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung, Extraktion.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 934. — Fr. T., 34 J., II-p. — 7 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 1-markstückgr.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H., Extraktion nach 4 Stunden.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 952. — B., 27 J., III-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Metreurynter, Wendung, Extraktion, Perforation des Kopfes.
Befinden der Mutter: gut, Temp. am nächsten Tage 36,5.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Kind durch Druck des Metreurynters auf die Nabelschnur abgestorben.

Nr. 955. — Fr. P., 36 J., VIII-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: sehr anämisch, nächsten Tag Puls 92, Temp. 36,7.
Befinden des Kindes: †

Bemerkungen: Wegen starker Blutung manuelle Lösung der Placenta.

Nr. 1043. — Fr. H., 29 J., II-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 1 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Kolpeurynter, Metreurynter, Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 1065. — A. H., 24 J., II-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2-markstückgr.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung Br. H., leiser Zug, nach 1½ Stunden Extraktion.
Befinden der Mutter: gut, am nächsten Tage Temp. 36,5, Puls 75.
Befinden des Kindes: lebt.
Bemerkungen: Manuelle Lösung wegen starker Blutung, Uterusmassage.

Nr. 1111. — Fr. P., 30 J., II-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. 2-markstückgroß.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung Br. H., nach 3 Stunden Extraktion.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 1236. — Fr. M., 24 J., II-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. ?
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung, Extraktion.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 1246. — Fr. D., 30 J., IV-p. — 7 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Steißlage, Mm. 2 Finger durchgängig, Blase steht.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Herabholen des Fußes, Extraktion.

Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt, lebensschw.
Bemerkungen: Cervixnaht.

Nr. 1338. — Fr. H., 29 J., I-p. — 6 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 1 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Dilatation nach Hegar, Wendung, Perforation des Kopfes Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 1430. — Fr. M., 22 J., II-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2-markstückgr.
Sitz der Placenta: part.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut, Temp. am nächsten Tage 36,6.
Befinden des Kindes: lebt.
Bemerkungen: Fraktur des Humerus.

Nr. 1467. — Fr. K., 32 J., VII-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 5-markstückgr.
Sitz der Placenta: part.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Es wurden vorher keine Herztöne gehört.

Nr. 1541. — Fr. A., ?, VI-p. — 9—10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 3-markstückgr.
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: spontan.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Schädel tamponierte vollkommen.

Nr. 1586. — Fr. R., 26 J., III-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. ?
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: Wendung.

Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 1732. — Fr. L., ?, IV-p. — 8—9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Abgewichne Steißlage, Mm. handtellergroß.
Sitz der Placenta: part.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt, wenig kräftig.

Nr. 1785. — Fr. K., ?, II-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. ?
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut, am 3. u. 4. Tage leichte Temp.
Befinden des Kindes: lebt.
Bemerkungen: Seit 8 Wochen Tamponade durch Hebamme.

Nr. 1994. — Fr. D., 41 J., II-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. ?
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 2050. — E. L., 24 J., II-p. — 8 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Steißlage, Mm. handtellergroß.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Herabholen des Fußes, Extraktion.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 2115. — Fr. R., 34 J., IV-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: II. Querlage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H., Abwarten.
Befinden der Mutter: anämisch, Puls 120, Temp. 37,3.

Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Cervixriß.

Nr. 2233. — Fr. S., 38 J., XII-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: I. Schädell., Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Cervixriß, Momburg, Naht.

Nr. 2537. — Fr. W., 37 J., I-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: II. Schädell., Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

1912.

Nr. 81. — Fr. S., 32 J., I-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: II. Querlage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 86. — Fr. S., 34 J., I-p. — 7 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: II. Schädell., Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 106. — Fr. F., 42 J., X-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: I. Schädell., Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 192. — Fr. H., 45 J., XIV-p. 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: l. dorsoposteriore Querlage, Mm. vollständig.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.
Bemerkungen: Arm- und Nabelschnurvorfall.

Nr. 278. — Fr. R., 22 J., II-p. — 7 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: r. dorsoanteriore Querlage, Mm. 5-markstückgroß.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 308. — Fr. M., 27 J., III-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: L. Hinterhl., Mm. 5-markstückgr.
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: Blasensprung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 342. — Fr. T., 37 J., V-p. — 8 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: r. dorsoposteriore Querlage, Mm. kleinhandtellergroß.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 506. — Fr. T., 42 J., XVII-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: I. Schädell., Mm. 5-markstückgr.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung, Extraktion Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.
Bemerkungen: Atonie, Cervixriß, manuelle Lösung.

Nr. 576. — Fr. Sch., 23 J., II-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: I. Schädell., Mm. 5-markstückgr.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Placenta unvollst., Austastung.

Nr. 613. — Fr. D., 24 J., II-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Braxton Hicks.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 620. — Fr. Z., 42 J., II-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geburt: II. Schädellage.
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: Braxton Hicks.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 662. — Fr. W., ? J., II-p. — 6 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung Br. H., langsame Extraktion.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Kleiner Cervixriß.

Nr. 674. — Fr. K., 26 J., III-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: II. Hinterhauptslage, Mm. ?.
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 684. — Fr. Ul., ? J., VI-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. handtellergroß.
Sitz der Placenta: marg.

Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: Puls schlecht, gute Rekonvaleszenz.
Befinden des Kindes: lebt.
Bemerkungen: Credé in Narkose Cervixrupt. Momburg, in der Klinik Uterusexstirpation.

Nr. 728. — Fr. M., 22 J., IV-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Fußlage, Mm. handtellergroß.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Abwarten.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Manuelle Placentarlösung.

Nr. 742. — Fr. K., 23 J., VIII-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. vollständig.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Nabelschnurvorfall.

Nr. 788. — Fr. F., 44 J., IX-p. — 8 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: I. Dorsant. Querlage, Mm. handtellergroß.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung, Extraktion.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 921. — Fr. T., 27 J., VI-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. vollständig.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 951. — Fr. T., ? J., II-p. — 8—9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.

Therapie: Wendung Br. H., Abwarten.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 1007. — Fr. U., 26 J., II-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 5-markstückgr.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 1060. — Ar. W., 21 J., III-p. — 7 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. vollständig.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung, Extraktion.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Nabelschnurvorfall.

Nr. 1066. — Fr. M., 24 J., II-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: l. vordere Hinterhauptslage, Mm. 1 Finger durchgängig.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Kolpeurynter, Pituglandol, Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †, luetisch.

Nr. 1088. — Fr. P., 36 J., VIII-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. vollständig.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung, Extraktion.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 1093. — Fr. S., 34 J., IV-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. vollständig.
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: Wendung, Extraktion.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 1109. — Fr. K., 20 J., III-p. — 7—8 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. 5-markstückgroß.
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 1111. — Fr. S., II-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schräglage, Mm. 5-markstückgr.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Uterusruptur.

Nr. 1167. — Fr. S., 36 J., VI-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 1255. — Fr. S., 30 J., IV-p. — 10 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: L. dorsoant. Querlage,, Mm. 3-markstückgroß.
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: Braxton Hicks.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 1466. — Fr. S., ? J., I-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: I. Steißlage, Mm. 3-markstückgr.
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: Herabholen eines Fußes.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 1472. — Fr. B., 19 J., II-p. — 8 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: I. Schädellage, Mm. ?
Sitz der Placenta: marg.

Therapie: Wendung, Extraktion.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: lebt.

Nr. 1511. — Fr. Sch., 30 J., V-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Steißlage, Mm. kleinhandtellergr.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Herablassen eines Fußes.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 1635. — Fr. L., 24 J., II-p. — 6 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. ?
Sitz der Placenta: marg.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Arm- und Nabelschnurvorfall.

Nr. 1659. — Fr. B., 31 J., VII-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. handtellergroß.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Atonie.

Nr. 1761. — Fr. W., 32 J., III-p. — 7 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Querlage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: centr.
Therapie: Wendung Br. H.
Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †

Nr. 1937. — Fr. E., 34 J., IV-p. — 9 Mon.
Kindsl., Stand d. Geb.: Schädellage, Mm. 2 Finger durchg.
Sitz der Placenta: lat.
Therapie: Wendung Br. H.

Befinden der Mutter: gut.
Befinden des Kindes: †
Bemerkungen: Austastung.

Zum Schluß möchte ich Herrn Geheimrat Bumm für die Anregung zu der Arbeit und Ueberlassung des Materials, Herrn Professor Sigwart und Herrn Privatdozent Martin für ihre liebenswürdige Unterstützung danken.

Literatur.

Fürth, Zentralblatt f. Gynäkologie 1907 Nr. 21.
Olow, Zentralblatt f. Gynäkologie 1910 Nr. 13.
Thies, Zentralblatt f. Gynäkologie 1912 Nr. 8.
Schatz, Verhandlungen der deutschen Gesellsch. f. Gynäkologie.
Novak, Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 30 Heft 3 u. 4.
Thies, Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. 29 Heft 3.
Henkel, Archiv f. Gynäkologie 1910 Heft 3.
Strassmann, Archiv f. Gynäkologie 1901.
Hannes, Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie 1909 Heft 3.
Weischer, Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie 1910 H. 2.
Zweite Münch. medizinische Wochenschrift 1907 Nr. 48.
Hannes, Münch. medizin. Wochenschrift 1909 Nr. 51.
Schickele, Münch. medizin. Wochenschrift 1910 Nr. 17.
Beusch, Münch. medizin. Wochenschrift 1909 Nr. 3.
Fiessler, Münch. medizin. Wochenschrift 1909 Nr. 4.
Hofmeier, Münch. medizin. Wochenschrift 1910 Nr. 26.
Runge, Berliner klin. Wochenschrift 1910 Nr. 52.
Thies, Charité-Annalen XXXIII. Jahrg.
Freund, Deutsche Medizin. Wochenschrift 1908 Nr. 4.
Inflekofer, Inaug.-Dissert. München 1911.
Maison, Inaug.-Dissert. München 1908.
Stripeke, Inaug.-Dissert. Berlin 1902.
Pipo, Inaug.-Dissert. Göttingen 1907.
Schoenwald, Inaug.-Dissert. Berlin 1897.
Raicher, Inaug.-Dissert. Berlin 1909.
Chop, Inaug.-Dissert. Berlin 1897.

Lebenslauf.

Ich, Hermann Lessing, evangelisch, wurde am 12. Februar 1885 als Sohn des damaligen Regierungsreferendars, späteren Rittergutsbesitzers Benno Lessing zu Stralsund geboren. Das Zeugnis der Reife erhielt ich am 16. September 1905 auf dem Realgymnasium zu Malchin (Mecklenb.). Von Michaelis 1905 bis Michaelis 1910 studierte ich in Breslau und Berlin Medizin. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im Mai 1908 zu Berlin. Das ärztliche Staatsexamen vollendete ich am 14. März 1911 in Berlin mit der Zensur „gut". Während des praktischen Jahres war ich vom 15. März 1911 bis 1. Juli an der Frauenklinik von Professor Strassmann, vom 1. Juli bis 31. Oktober im Lazaruskrankenhaus, vom 1. November bis 15. März 1912 an der Kgl. Universitätsfrauenklinik in Berlin tätig.

Nach Erlangung der Approbation machte ich zwei Reisen als Schiffsarzt nach Ostasien und Südamerika. Vom 1. November 1912 bis 31. Dezember war ich Volontärassistent an der kgl. Universitätsfrauenklinik, vom 1. Januar 1913 bin ich Assistent an der chirurgischen Abteilung des St. Maria-Viktoria-Krankenhauses in Berlin.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Geheimräte, Professoren und Dozenten: In Breslau: Hasse, Hürthle, Ladenburg. In Berlin: Bier, Bornstein, Bumm, Engelmann, Flügge, B. Fränkel (†), Greeff, Hertwig, Heubner, Holtermann, Landau, Lesser, Lewin, Michaelis, Olshausen, Orth, Passow, Plate, Senator (†), F. Strassmann, P. Strassmann, Virchow, Waldeyer, Ziehen.

Allen diesen meinen hochverehrten Herren Lehrern spreche ich meinen herzlichen Dank aus.